

Calidad de los servicios públicos de salud reproductiva de la mujer en Managua

(Resumen de investigación)

Gilma Yadira Tinoco, Martha C. Palacios N., Vilma Alvarez

This report evaluates the quality of reproductive health care services provided by the state to women in the department of Managua. The study was carried out to contribute to the discussion of the most effective means to address the problem of Nicaragua's high maternal mortality rate. Quality was evaluated according to three criteria: efficiency, coverage and accessibility. The sample study was done through a survey of 500 women who use these services and interviews with 135 doctors and nurses who offer them.

Introducción

Nicaragua tiene uno de los más altos índices de mortalidad materna, según clasificación de organismos internacionales de salud. Las cifras oficiales señalan una tasa de 159 por cada 100,000 nacidos vivos.¹ No obstante, investigaciones empíricas efectuadas en distintas regiones del país, arrojan índices de mortalidad materna significativamente más altos, que prácticamente duplican la estimación gubernamental, confirmando la existencia de sub-registro del problema.

Como principales causas de muerte materna comunmente se señalan el aborto, eclampsia, hemorragia, infecciones del embarazo y del puerperio. Estas causas de orden estrictamente médico, son insuficientes, para comprender la naturaleza del problema que es eminentemente estructural. Detrás de estas causas, están presentes una serie de factores asociados a las condiciones materiales de existencia de las mujeres y a su condición de subordinación en la sociedad.

¹ MINSA, *Plan Maestro de Salud 1991-96*.



La mujer embarazada, parturienta o puerpera que muere, es en la gran mayoría de los casos, una mujer pobre, con bajos niveles de escolaridad, con embarazos no deseados por la falta de acceso a educación sexual y medios anticonceptivos. Esta situación se agudiza en el caso de la mujer rural, que alejada de los servicios de salud, no está en capacidad de recibir una oportuna y adecuada atención de su emergencia obstétrica.

Siendo la muerte materna un fenómeno que no es fortuito, ni puede ser reducido a una dimensión meramente biológica, se hace necesario que su estrategia de lucha, considere las múltiples dimensiones causales y consecuentemente, com-

bine el análisis genérico con el histórico estructural. Debe además, tomar en cuenta la crisis económica que enfrenta el país, a fin de encontrar respuestas técnicas y políticas en el campo de la planificación, que permitan administrar los escasos recursos con criterios de optimización y equidad.

La respuesta que el Ministerio de Salud (MINSA) ha diseñado para enfrentar los altos índices de muerte materna, es teóricamente un abordaje integral del problema, al contemplar programas tanto preventivos como curativos. Los resultados de la implementación de dicha estrategia sin embargo, revelan un impacto poco significativo, al presentar el fenómeno una tendencia siste-

máticamente ascendente, al extremo de hacerse referencia a él como una «epidemia silenciosa».

El drama de la muerte materna, ha venido siendo incorporado como uno de los ejes de trabajo del movimiento de mujeres en Nicaragua. Ellas, como sociedad civil, han decidido cerrar filas con el estado, para enfrentar de manera conjunta, este acuciante problema social. Fruto de esta preocupación es el funcionamiento de la «Comisión Nacional de Lucha Contra la Muerte Materna»², en la cual el Área de Estudios de Género de la Universidad Centroamericana, se encuentra integrada.

Con el apoyo financiero de la Autoridad Noruega para el Desarrollo Internacional (NORAD), esta área académica universitaria, realizó entre octubre de 1992 y marzo de 1993, una investigación diagnóstica de la calidad de los servicios públicos de salud reproductiva que se ofrecen a la mujer en Managua, con el fin de aportar a la reflexión sobre los ejes de estrategia más eficaces, para enfrentar el problema de los altos índices de morbi-mortalidad materna en el país.

Metodología de la investigación

Dada la naturaleza evaluativa de esta investigación, se combinaron niveles de análisis tanto descripti-

vos como explicativos del problema objeto de estudio.

La investigación fue de carácter muestral. Su *universo* estuvo conformado por las 31 unidades de salud del MINSA, tanto de atención primaria como secundaria, existentes en Managua.

La muestra utilizada fue del tipo no aleatorio, polietápica y estratificada proporcionalmente. En la primera etapa de diseño de la muestra, se seleccionaron del universo antes referido un total de 11 unidades de salud públicas, equivalentes a un 35% de dicho universo. Dichas unidades de salud están ubicadas en los tres sistemas locales de atención integral en salud (SILAIS) del Departamento de Managua. De ellas ocho correspondieron a centros de salud (urbanos y sub-urbanos)³ y tres a los hospitales, que ofrecen servicios gineco-obstétricos: Carlos Marx, Vélez Páiz y Berta Calderón.

En una segunda etapa del diseño de la muestra, se procedió a tomar en cuenta a los diferentes actores sociales participantes en el proceso de brindar y recibir los servicios de

2. Organismo multisectorial que aúna esfuerzos de la sociedad civil y el estado para enfrentar el problema de la morbi-mortalidad materna en el país.

3. Centros de Salud: Edgard Lang, Morazán, Ciudad Sandino, Mateare, Pedro Altamirano, Ticuantepe, Villa Venezuela y Tipitapa.

salud objeto de estudio, de ahí que en cada unidad de salud seleccionada, se implementaron estudios muestrales, uno de mujeres usuarias de los servicios estudiados, otro de médicos y enfermeras oferentes directos de dichos servicios, y un tercero de funcionarios responsables de estos programas.

Los servicios de salud investigados, en los centros de salud y hospitales antes referidos fueron: control prenatal de bajo y alto riesgo, atención del parto, del puerperio, morbilidad ginecológica, planificación familiar y detección oportuna del cáncer cérvico uterino y de mamas.

Evaluar la *calidad* de este tipo de servicios sociales, es una labor compleja, ya que ésta es producto de una conjunción de factores que directa o indirectamente inciden y la conforman. Para efectos de esta investigación, la *calidad* fue concebida en su acepción más amplia, como el mérito o excelencia de las acciones de salud, lo cual rebasa el concepto de calidad referido estrictamente a los aspectos técnicos.

La *calidad* de los servicios de salud, fue evaluada en base a tres criterios básicos: **eficiencia, cobertura y accesibilidad**. Dichos criterios se constituyeron en categorías esenciales de la investigación y permitieron analizar la eficacia de los mismos.

Se conceptualizó eficiencia, como el conjunto de elementos que contribuyen a la calidad de los servicios. Como cobertura, la proporción del universo atendido, es decir, la producción de servicios. La categoría accesibilidad se definió como el grado de facilidad existente para que las usuarias pudieran obtener la atención.

Por otro lado, para llenar los requerimientos de objetividad e integralidad que debe poseer una evaluación para ser seriamente considerada, se organizó la investigación de modo que pudiesen analizarse las diferentes fases del proceso de planificación de estos servicios: estudiando primeramente su formulación, valorando a continuación su ejecución y finalmente, procurando estimar su eficacia o impacto en la realidad que pretenden afectar.

La investigación requirió hacer uso simultáneo de varias técnicas de recopilación de información, de carácter tanto cualitativo como cuantitativo: *Encuesta, entrevista y observación*.

.- La encuesta fue aplicada a una muestra de 500 mujeres usuarias de los servicios estudiados, con el fin de obtener su opinión sobre indicadores de eficiencia, cobertura y accesibilidad de la atención médica recibida, así como de su condición y relaciones genéricas.



.- La entrevista realizada a una muestra de 135 médicos/as, enfermeras y funcionarios se utilizó para obtener valoraciones sobre las condiciones materiales y organizativas en que se ofrecen los servicios investigados.

La observación fue utilizada para obtener información sobre variables como condiciones materiales, privacidad y trato brindado a las pacientes. Un total de 23 guías de observación fueron aplicadas en las unidades de salud objeto de estudio.

Los recursos humanos⁴ utilizados en la recolección y procesamiento de la información⁵ fueron: las docentes responsables de la investigación, más un total de 11 estudiantes mu-

jeres de los últimos años de las carreras de Sociología y Trabajo Social.

El análisis de esta información permitió la elaboración de once **diagnósticos específicos** correspondientes a cada una de las unidades de salud investigadas, así como un **diagnóstico general** que constituyó un esfuerzo de síntesis evaluativa de la calidad de los servicios investigados.

Principales hallazgos de la investigación

A. En los servicios de eje preventivo

Los servicios que conforman el eje preventivo de la estrategia del MINSA contra la muerte materna, se ofrecen fundamentalmente en la atención primaria (centros y puestos de salud) siendo éstos: educación sexual, planificación familiar, control pre-natal de bajo y alto riesgo, apoyo y seguimiento al parto domiciliar, control puerperal y detección oportuna del cáncer ginecológico.

⁴ Marcelina Castillo, Marisa Olivares, Cándida González, Yadira González, Guadalupe Wallace, Claudia Pineda, Patricia Somoza, Cruz Amelia Mondragón, Gretel Sevilla, Alba Altamirano y Jeannethe González.

⁵ La encuesta aplicada a las mujeres usuarias, se procesó utilizando el paquete estadístico SPSS.

La evaluación realizada a nivel de los centros de salud investigados, reveló la existencia de una problemática que está afectando no sólo la eficiencia, sino también la cobertura y accesibilidad de estos servicios, reduciendo significativamente su capacidad de impacto en la morbi-mortalidad materna. A continuación se presenta una síntesis de la situación encontrada:

* No obstante la educación sexual, es uno de los programas en teoría priorizados, en la práctica la investigación comprobó la inexistencia de servicios de este tipo, en todos los niveles de atención en salud. Esto evidencia que esta línea de acción clave en la prevención de la mortalidad materna, no ha dejado de ser, en Nicaragua, más que una buena intención.

* A pesar de ser la planificación familiar, otro de los programas teóricamente priorizados, el MINSA se propuso para 1992 una meta bastante modesta: cubrir con algún método anticonceptivo al 20% de las mujeres en edad fértil (MEF). La cobertura real de ese año fue apenas del 12% de ellas. Un hecho que incide negativamente en el bajo nivel de cobertura de este servicio, es el pobre trabajo que en relación al control de la natalidad existe en los hospitales

Bertha Calderón y Vélez Páiz, al extremo que desde hace varios años se suspendieron los servicios de esterilización quirúrgica. La excepción la constituye el hospital Carlos Marx, en donde se encuentran acciones sistemáticas en esta línea, auspiciadas por la cooperación técnica alemana.

* La accesibilidad económica al servicio de planificación familiar, se consideró positiva, ya que en el 90% de los centros estudiados, se proveía gratuitamente de gestágenos orales y dispositivos intrauterinos. De la eficiencia de este servicio, no puede darse el mismo juicio, al comprobarse que las acciones se limitaban a un mero control natal, donde la labor educativa era prácticamente inexistente. Otro elemento negativo encontrado en estos servicios, es el hecho de limitarse a trabajar con la demanda espontánea, sin atender de manera especial a grupos de mayor riesgo: adolescentes, multíparas, añosas, etc.

* Existe una baja cobertura en el servicio de Control Prenatal (CPN) en los centros investigados, cubriéndose en promedio solamente un 50% del universo de gestantes del departamento de Managua, cuando la meta de cobertura del MINSA es del 100%.

* La calidad de CPN en los centros de salud investigados es bastante deficiente. Esta afirmación se sustenta en el bajo índice de concentración encontrado (un promedio de 2 controles, por paciente cuando las normas establecen mínimamente 4). Además la captación es tardía, sólo un 40% de las gestantes ingresaron al programa en el primer trimestre del embarazo.

* En la base de los problemas de cobertura y calidad en el CPN se encuentran la inexistencia de trabajo de terreno, la virtual ausencia de capacitación y seguimiento a parteras y el significativo deterioro de los niveles de participación social, que en la década pasada potenciaron la cobertura y la captación oportuna de mujeres con riesgo obstétrico. Se une a esta situación las limitaciones de abastecimiento técnico material y la falta de privacidad en la consulta. Muy posiblemente el incremento significativo de óbitos fetales, experimentado en el año 92, en relación al 91, en los tres SILAIS de Managua, podría estar asociado a esta baja calidad y cobertura del CPN.

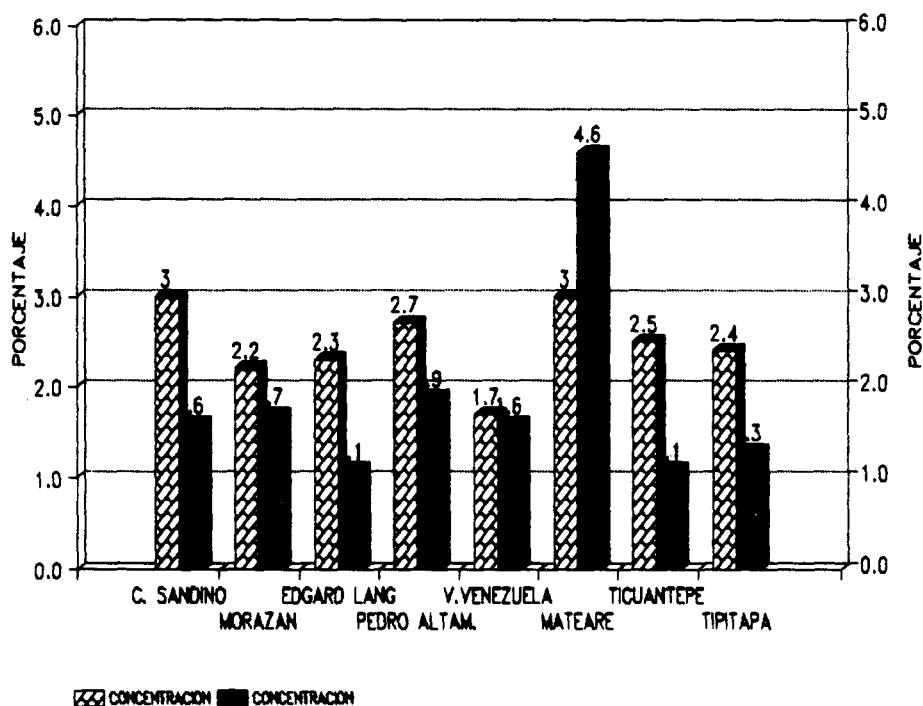
* El análisis de cobertura de la atención a pacientes clasificadas como alto riesgo obstétrico (ARO) reveló un elevado cumplimiento de las metas programadas. Sin embargo

existen dudas sobre la validez del parámetro utilizado por el MINSA para formular dichas metas. La estimación de un 10% del universo de gestantes, como eventuales ARO, se considera que no es acorde con la realidad del país. La pobreza estructural y la profundización de la crisis económica, con sus expresiones en el deterioro de la calidad de vida de la gran mayoría de la población, elevan considerablemente el riesgo obstétrico.

* En relación a la calidad de la atención de mujeres clasificadas ARO, se considera preocupante, el índice de concentración obtenido, de apenas 1.8 controles por paciente, que resultó incluso más bajo que el índice de concentración obtenido en las gestantes de bajo riesgo atendidas.

* Entre los factores que están afectando negativamente la calidad y cobertura de la atención de las mujeres ARO, está la escasez de recursos médicos calificados a nivel de la atención primaria en salud. Solamente en el 50% de los centros de salud investigados, se disponía de médicos gineco-obstetras. En el resto de ellos, las mujeres ARO, eran atendidas por enfermeras o médicos generales, en su gran mayoría con pocos años de experiencia.

INDICES DE CONCENTRACION DE CPN Y ARO AÑO 1992 CENTROS INVESTIGADOS



E.B.R.

A.R.O.

FUENTE : SILAIS MANAGUA

* Otro factor que limita conjuntamente la calidad y accesibilidad de este servicio, es la política de cobro por medicamentos y exámenes de laboratorio existentes en las unidades de salud. Aún cuando se exonera a las mujeres embarazadas de pago por tres exámenes generales de laboratorio, las patologías de las mujeres ARO, requieren generalmente de otros tipos de medios

diagnósticos y medicamentos, a los cuales muchas de ellas no pueden acceder por carecer de recursos económicos.

* La prevención de las complicaciones obstétricas en el caso de las mujeres ARO, se ve afectada también por la reducida capacidad física, existente en los hospitales. Esta problemática es más aguda en el

hospital Bertha Calderón, por su carácter de hospital de referencia nacional de gineco-obstetricia. En este hospital existe para la atención ARO solamente una clínica de consulta externa y una sala de internación, cuyo número de camas esta muy por debajo de la demanda real.

* La incidencia en la atención del parto domiciliario, es otro de los programas de prevención, que el MINSA se propone realizar a través de la captación, seguimiento y equipamiento a parteras, para que atiendan el parto de bajo riesgo a nivel domiciliario y de esa forma distensionar la demanda hospitalaria, dejando las camas para la atención del parto de alto riesgo. La investigación confirmó la existencia de un sensible deterioro en el trabajo con parteras, al extremo que en el 90% de los centros de salud investigados, en 1992, no se dio ninguna labor de seguimiento y capacitación a parteras. Tampoco se encontraron esfuerzos sistemáticos de trabajo con brigadistas de salud, orientados a realizar acciones preventivas dirigidas a reducir factores de riesgo obstétrico.

* En el servicio de control de puerperio la investigación encontró que en 1992, en los centros de salud investigados se alcanzó solamente el

24% de cobertura de los partos esperados, cuando el MINSA se propone alcanzar el 65% de éstos. Igual que en los otros servicios, no está garantizado el seguimiento a los grupos de mayor riesgo como mujeres en los extremos de su vida reproductiva, multíparas, etc.

* En las acciones dirigidas a la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y de mamas, se encontró también una cobertura bastante reducida, de apenas el 7% de las mujeres en edad fértil, en ambos tipos de exámenes. Factores que se encontraron directamente asociados a este bajo nivel de cobertura, fueron el desabastecimiento en los centros de salud de los materiales requeridos para efectuar las citologías vaginales (PAP), así como la reducida capacidad diagnóstica que impide el análisis rápido y eficiente de los PAP, debido principalmente al déficit de recursos humanos calificados. Se encontró además en algunas de las unidades de salud, falta de iniciativa para solventar dificultades en torno al desabastecimiento de materiales para efectuar este examen, optándose por la vía más cómoda de suspensión del servicio.

* En la casi totalidad de las unidades estudiadas, no se encontraron esfuerzos sostenidos, para prevenir

precozmente el cáncer ginecológico, a través de acciones educativas dirigidas a las mujeres que acuden a las unidades de salud. Las únicas expresiones de labor educativa encontradas, fueron algunos afiches en las paredes. Cabe mencionar que en algunos centros, dichos materiales educativos, contenían términos difíciles de comprender, si se considera el bajo nivel de escolaridad de la gran mayoría de las usuarias de estos servicios. Un 70% de las mujeres encuestadas, informaron tener una escolaridad máxima de primaria incompleta.

B. En los servicios de eje asistencial

Las acciones que se ubican en el eje asistencial de la estrategia contra la mortalidad materna, son fundamentalmente los servicios que se ofrecen en los hospitales tales como: la atención al parto (fisiológico y quirúrgico), complicaciones del embarazo y del puerperio, morbilidad y cirugía ginecológica, el tratamiento del cáncer cérvico uterino y de mamas y la atención del aborto.

La evaluación realizada a nivel de los hospitales Bertha Calderón, Carlos Marx y Vélez Páiz, confirmó la existencia de un cúmulo de problemas que explican el deterioro de

la calidad de la atención. Entre los más relevantes pueden señalarse los siguientes:

* Limitaciones de infraestructura física. De las diez salas de internación en los tres hospitales estudiados, el 50% de ellas fueron valoradas como inadecuadas por problemas de tamaño, iluminación, estado de paredes, techo y piso. La insuficiencia de planta física ha conllevado a la reducción progresiva de la estancia de las pacientes. En puerperio fisiológico y post-legrado, sólo pueden permanecer ocho horas hospitalizadas. Hace dos años la estadía mínima era de 24 horas, período que aún entonces estaba por debajo de los parámetros establecidos internacionalmente, para evitar complicaciones.

* Las deficientes condiciones en la infraestructura, inciden negativamente en la privacidad. Unicamente las salas de labor y parto de los hospitales investigados, fueron valoradas con un nivel de privacidad medianamente adecuado. El resto de las salas, maternidad y ginecología, fueron clasificadas como inadecuadas. Otros elementos que agravan la falta de privacidad es el no garantizar, en algunos de los hospitales, camisones o sábanas, así como la inexistencia de mamparas móviles, que permitan separar una cama de

otra, por lo menos en las salas de trabajo de parto.

* Los procedimientos de higienización de ropa y equipos, en la mayoría de las unidades hospitalarias, no cumplen con las normativas de higiene. Se funciona con un déficit de material de higienización del orden del 50%. Además frecuentemente se dañan los equipos, por ser obsoletos, estar sometidos a un trabajo excesivo y no contar con mantenimiento sistemático.

* Existe un crónico y agudo desabastecimiento técnico-material, que va desde equipos eletromédico hasta medicamentos, reactivos de laboratorio, ropa, instrumental y material de reposición periódica.

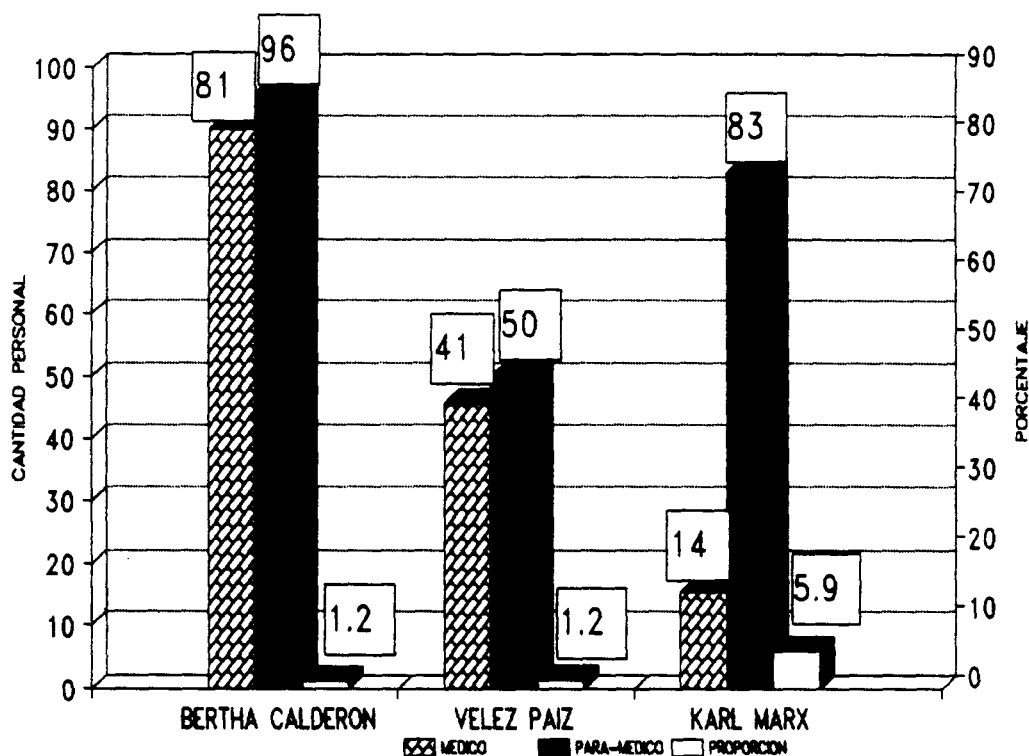
* Hay escasez de recursos paramédicos al extremo que en el Bertha Calderón y el Vélez Páiz, prácticamente se equipara el número de médicos con el de personal paramédico. La relación es de 1 a 1, lo cual no es lógico dentro de la administración hospitalaria. Específicamente, el déficit de auxiliares de enfermería se evidencia al encontrar en el Bertha Calderón que una auxiliar de enfermería atiende entre 40 y 60 pacientes en puerperio postquirúrgico. Debido a esta escasez de personal, en el Vélez Páiz y el Carlos

Marx, la relación de 16 pacientes promedio por auxiliar se duplica por las tardes y noche.

* La atención terapéutica del cáncer ginecológico, al igual que las acciones preventivas, enfrentan severas limitaciones. Este servicio, único a nivel nacional, funcionando actualmente en el Centro Oncológico Nora Astorga, carece del equipo radiológico mínimo. La planta física es insuficiente, no hay garantía de esquemas de quimioterapia y a las pacientes que ingresan se les solicita llevar su ropa de cama, ya que el centro no dispone de ella.

* Existe carencia de mecanismos de evaluación de la calidad técnica de la atención, en los tres hospitales investigados, este elemento asociado a la debilidad de los controles administrativos existentes, genera especialmente en los hospitales Bertha Calderón y Vélez Páiz, crónicos problemas que inciden negativamente en la calidad de la atención. Uno de ellos es el notorio incumplimiento de las jornadas laborales por parte de médicos de base. Otro, el hecho de que la atención descansa, la mayor parte del tiempo (por las tardes, noches, días feriados, fines de semana) en el personal médico menos calificado, como internos y residentes, existiendo personal

RELACION MEDICO-PERSONAL PARA-MEDICO SERVICIOS GINECO-OBSTETRICOS



calificado. Esta situación resulta paradójica, dada la concentración de recursos especializados en gineco-obstetricia en los hospitales mencionados.

* A lo largo de la evaluación fue notorio el hecho que el hospital Carlos Marx presenta comparativamente los mejores niveles de eficiencia en términos de condiciones físicas, niveles de privacidad y productividad de los servicios, siguiéndole el Vélez Paíz y finalmente el Bertha

Calderón. Posiblemente el apoyo técnico-material, que desde su fundación ha tenido el Carlos Marx de parte de la Cooperación Técnica Alemana (GTZ), sea un elemento que esté contribuyendo a que ese centro hospitalario presente mejores índices en la calidad de la atención.

Otras situaciones que se constataron inciden negativamente en la eficiencia, cobertura y accesibilidad de los servicios investigados, tanto preventivos como asistenciales, fueron:

* El excesivo tiempo que deben esperar las pacientes para recibir la atención médica. En los hospitales y centros de salud investigados debieron esperar un promedio de dos horas y diez minutos en consulta externa y hasta 50 minutos en los servicios de emergencia. El 62% de las mujeres encuestadas en consulta externa expresaron que este prolongado tiempo, les ocasiona serios retrasos en su trabajo doméstico o en trabajo fuera del hogar. Este puede ser uno de los factores que explique la reducción en la demanda que estos servicios están sintiendo.

* En contraste con lo anterior, la duración promedio de consulta fue de 13 minutos. Esta medida agregada, oculta consultas de 5 minutos de duración, lo cual despierta serias dudas sobre la calidad de atención que pueda brindarse en tan corto tiempo, máxime que se puede comprobar que algunos de estos casos fueron mujeres de alto riesgo obstétrico (ARO) atendidas por un ginecólogo.

* No se encontró programas sistemáticos de capacitación continua para el personal en servicio, en ninguna de las unidades investigadas.

TIEMPO PROMEDIOS ESPERA PARA OBTENER CONSULTA Y DURACION DE ESTA.

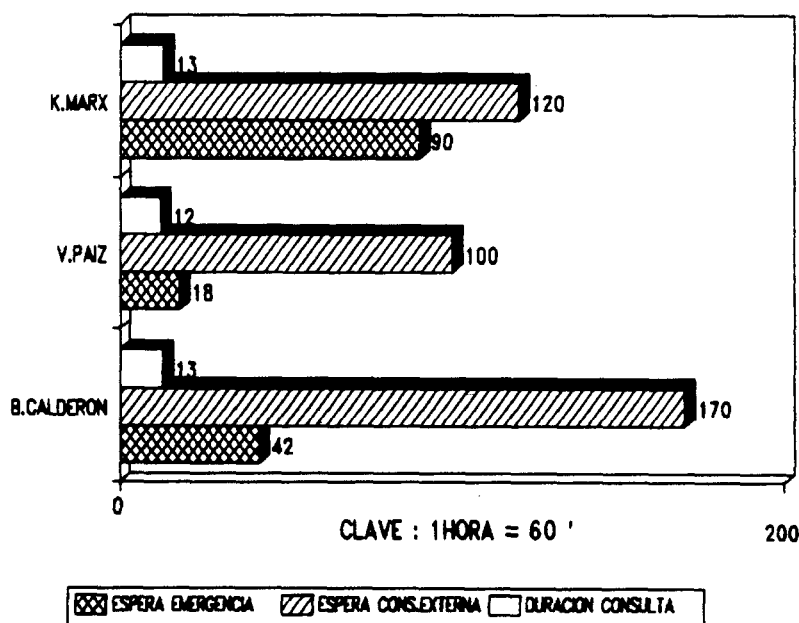
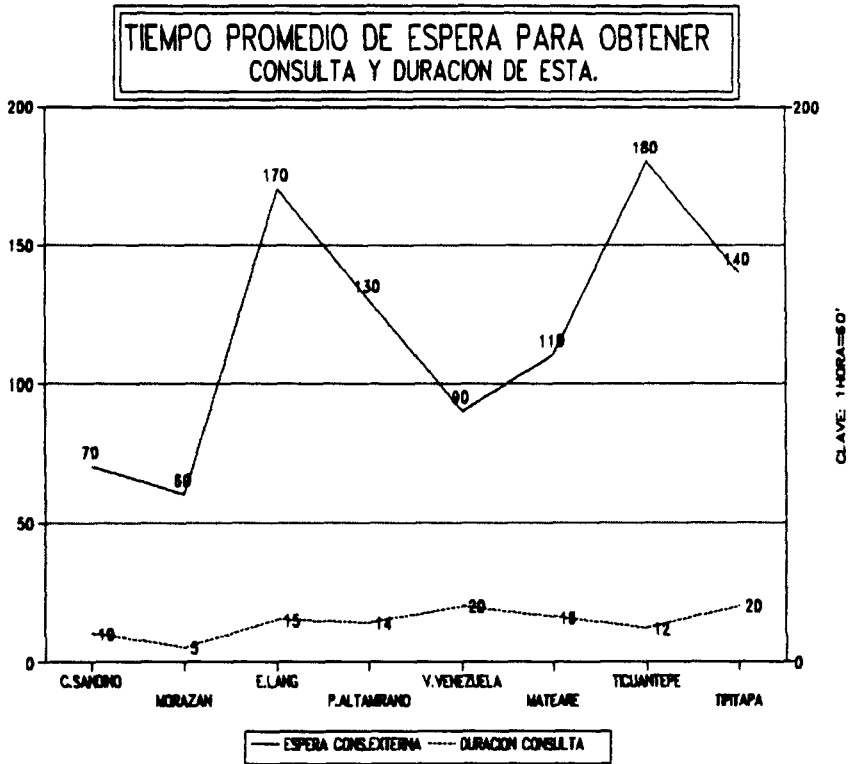


Gráfico 17



Se observó además una tendencia a que las pocas oportunidades que surgen benefician al personal médico sobre el personal paramédico, conformado este último especialmente por mujeres. Esta situación podría ser una expresión de la asimetría de las relaciones genéricas existentes en la sociedad, que coloca a la mujer en una situación de desventaja en relación al hombre para acceder a mejorar su formación.

* Los resultados de la encuesta de opinión, a las usuarias, reveló la

no existencia de mayores problemas en el trato que el personal de salud brinda a las pacientes (el 82% de las usuarias encuestadas valoraron dicho trato como bueno).

Se considera sin embargo que dicha opinión, pudo estar sesgada, no sólo por las limitaciones que la técnica de la encuesta presenta para analizar este tipo de variables, sino por la condición de género y clase de las usuarias (mujeres pobres, con bajos niveles de escolaridad y auto-estima) quienes al no existir maltrato evidente, valoraron la relación positivamente.

* Los estilos de planificación tanto de los centros de salud como de los hospitales investigados, se caracterizan por ser poco participativos, prevaleciendo el uso de criterios cuantitativos más que cualitativos en la evaluación del trabajo.

En la gran mayoría de los casos, los planes elaborados por directores y jefes de servicios, sirven para cumplir requisitos de instancias superiores. En el trabajo cotidiano de las unidades de salud, no ejercen realmente una función orientadora, incluso se desconocen. En los servicios se limitan a atender, con los recursos disponibles, la demanda espontánea, lo que no permite el uso racional de éstos, al no garantizarse la atención priorizada de grupos de riesgo.

* En estrecha relación con lo anterior es notoria la ausencia de un sistema de evaluación y control de la calidad técnica de la atención, de modo que eventuales casos de negligencia y error médico no se detectan, y en consecuencia no se investigan ni se sancionan, a menos que trasciendan públicamente.

* Los sistemas de registros son deficientes en el sentido de ser incompletos, heterogéneos y poco útiles para la toma de decisiones que permitan resolver problemas.

* El sistema de referencia y contrareferencia, en lo que respecta a los servicios investigados funciona con serias limitaciones. La desarticulación entre los servicios que ofrecen los centros de salud y los hospitales limita el abordaje integral de los problemas de salud que enfrentan las mujeres.

* El proceso de cobro de aranceles por servicios de salud, específicamente por utilización de medios diagnósticos y medicamentos, indudablemente limita no sólo la eficiencia, como se señaló anteriormente, sino también la accesibilidad de los servicios ofertados en las unidades de salud investigadas. La encuesta aplicada a una muestra de 500 mujeres usuarias de estos servicios reveló que en su inmensa mayoría pertenecen a sectores de escasos recursos económicos. El 70% de estas mujeres resultaron ser dependientes económicamente de sus compañeros, padres u otro familiar. Muchos de ellos no exentos de la situación de alto desempleo y bajos salarios, que predominan en el país. De las encuestadas que informaron trabajar fuera del hogar el 90% gana menos de ochocientos córdobas, es decir están por debajo del costo de la canasta básica y de ellas el 62% tiene ingresos menores de cuatrocientos córdobas. De concretarse los planes de

cobro por consulta médica en estos servicios, se restringiría más su accesibilidad y en consecuencia la eficacia de la estrategia contra la morbi-mortalidad materna.

A modo de conclusión puede plantearse que en la raíz de la gran mayoría de los problemas señalados, que corresponden a la organización y producción de los servicios de salud reproductiva de la mujer se encuentra el factor económico. Es indudable que la creciente disminución del presupuesto de salud y los bajos salarios, han venido generando un deterioro progresivo en la calidad, cobertura y accesibilidad de la atención en salud. No obstante lo anterior, la investigación reveló la existencia de problemas que no están directamente asociados a la falta de recursos financieros, sino que tienen que ver con deficiencias en la gestión administrativa y con la falta de sensibilidad social de algunos sectores del personal de salud.

Líneas de acción sugeridas para una estrategia más eficaz

Las recomendaciones que se derivan del diagnóstico situacional de los servicios de salud reproductiva de la mujer, se presentan a continuación clasificados, según el carácter preventivo o curativo de los servicios.

A. Recomendaciones referentes a los servicios del eje preventivo

* Para lograr un abordaje integral de atención al problema de la muerte materna, es indispensable que el MINSA concrete programas de educación sexual, tanto a nivel de la educación formal como no formal, asumiendo su responsabilidad conjuntamente con el Ministerio de Educación en la formulación e implementación de dichos programas, igualmente deben dirigirse esfuerzos para ampliar la calidad y cobertura de los servicios de planificación familiar. En ambos casos deben priorizarse los grupos de riesgo como adolescentes, multiparas y madres jóvenes. En este sentido debe reanudarse el servicio de esterilización quirúrgica que se encuentra suspendido desde hace varios años en el Bertha Calderón y el Vélez Páiz.

* Es imperativo recuperar los niveles históricos de participación comunal y el trabajo de terreno del personal de salud, factores que podrían potenciar la eficacia de la estrategia por la vía de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios (CPN, ARO, atención al puerperio, planificación familiar y detección oportuna del cáncer cérvico uterino y de mamas). Esto no es posible lograrlo sino se asigna recur-

sos humanos y económicos para el desarrollo de estas tareas. Además es ineludible superar concepciones instrumentales de la participación social, garantizando a los diferentes agentes sociales la oportunidad de participar no sólo en la implementación de los servicios, sino en su planificación y evaluación.

* Es urgente reactivar y avanzar en el trabajo de capacitación, equipamiento y seguimiento a parteras, dada la restringida cobertura del parto institucional, en el orden del 35% y la aspiración del MINSA de incidir en la atención del 64% de los partos domiciliarios, a través de las parteras.

* A las pacientes clasificadas como ARO, debe exonerarse de todos los exámenes de laboratorio que requieran y garantizarles gratuitamente los medicamentos que según criterio médico se consideran indispensables. Así mismo deben buscarse formas alternativas de financiamiento para resolver el problema del desabastecimiento de las vitaminas, hierro y ácido fólico que históricamente se ha ofrecido a las mujeres asistentes al servicio de CPN.

B.- Recomendaciones referentes a los servicios del eje curativo

* Indudablemente los problemas más graves encontrados en los servi-

cios de carácter curativo, que se ofrecen a la mujer en los hospitales, como: las limitaciones de infraestructura, inadecuados procedimientos de higienización de ropa y equipos, agudo desabastecimiento técnico-material, escasez de recursos paramédicos precarias condiciones higiénicas, están generados básicamente por la carencia de recursos económicos, de modo que intentos significativos de superación tiene que pasar por asignar más presupuesto a estos programas. De otra manera no se puede aspirar a detener estos niveles de deterioro de la calidad de los servicios, menos aún a tratar de disminuirlos. Estos son componentes de lo que se denomina la crisis del sector salud.

* Se hace necesaria una revisión de la distribución de los recursos médicos especializados, que laboran en los servicios de salud reproductiva de la mujer, tanto en el nivel primario y secundario y en este último, entre los hospitales de la capital y los departamentos, a fin de tratar de aprovechar más racionalmente los recursos.

* Conformar y garantizar el funcionamiento de comisiones de «análisis de muerte materna», a nivel de los hospitales investigados, impulsando auditorías médicas en todos

aquellos casos en que se presume la existencia de errores o negligencia.

* Deben reorganizarse las «comisiones de aborto terapéutico» en los hospitales con servicios gineco-obstétricos, permitiendo la integración de representantes de la comisión de lucha contra la mortalidad materna de SILAIS y ampliando los criterios para decidir sobre éstos, de modo que se integren razones de orden psicológicas y sociales.

* Es esencial mejorar la eficiencia de los servicios de emergencia gineco-obstétrica de los hospitales investigados garantizando el personal calificado y el abastecimiento técnico material en los mismos. Igualmente debe acondicionarse en éstos, salas de espera para las mujeres que llegan al hospital con poca evolución de su trabajo de parto y que por diferentes razones se ven imposibilitadas de regresar a sus casas.

A continuación se presentan otras recomendaciones, que son válidas para los servicios investigados tanto de carácter preventivo como asistencial:

* Es urgente avanzar en el establecimiento de sistemas de control y evaluación de la calidad técnica de la atención en todos los servicios gineco-

obstétricos en los centros de salud y hospitales objeto de estudio. Así mismo deben mejorarse los sistemas de registros de éstos, en el sentido de ser más homogéneos, completos y específicos, que se constituyan en insumos para la evaluación y la definición de ajustes.

* Se impone la revisión de los procedimientos organizativos que se están utilizando para brindar la atención, a fin de disminuir el excesivo tiempo de espera de las pacientes, para recibir la consulta. El establecimiento de horario de citas escalonadas podría contribuir a superar este problema, que fue uno de los que más resintieron las usuarias encuestadas.

* Debe garantizarse la gratuidad de los servicios de salud reproductiva de la mujer, en los distintos niveles del sistema de salud. Esto no excluye la posibilidad de que los hospitales establezcan sistemas de recuperación de costos y ventas de estos servicios a precio de mercado, siempre y cuando no vaya en detrimento de los servicios públicos que deben mantenerse para las mujeres que no tienen capacidad de pago.

* A lo largo de este análisis, ha podido observarse que las causas últimas de la problemática que enfrentan los servicios públicos de sa-

lud reproductiva de la mujer, descansan en una díada: la escasez de recursos económicos y la falta de eficiencia administrativa.

* En consecuencia es necesario trabajar de forma conjunta en ambos elementos causales, ya que están estrechamente vinculados. Difícilmente se podrán superar los pro-

blemas de gestión administrativa sin un incremento sustancial del presupuesto de salud, que mejore los escuálidos salarios de sus trabajadores y que logre reducir el agudo desabastecimiento técnico material. Un incremento del presupuesto de salud sin la superación de los deficiencias administrativas, tampoco resolvería la problemática. □